

様式第2号(第3条関係)

(表面)

神栖市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業利用者概況表

(神栖市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業利用者原票)

*

利用者	ふりがな			性別			生年月日	年 月 日	日生	
	氏名							(歳)		
	住所									
	電話番号									
	医療保険名	1 国民健康保険 2 後期高齢者保険 3 社会保険 4 共済保険 5 生活保護 6 その他 ()								
	保険証番号									
	障害者手帳	無・有	身体障害者1・2級 / 療育手帳A・マルA / 精神手帳1級							
	住宅	持家・借家	戸建・集合 木造・鉄骨 平屋・ 階建て							
※世帯員 いる場合	ふりがな			性別			生年月日	年 月 日	日生	
	氏名							(歳)		
	該当する項目 に○を記入	1 要介護 2 認知症 3 身体障害者1・2級 / 療育手帳A・マルA / 精神手帳1級								
緊急連絡先	連絡順位	氏名	続柄	住所	電話番号					
	1									
	2									
	3									
かかりつけ 医療機関	病名									
	医療機関名									
	電話番号									
	担当医師名	(科)				(科)				
近隣協力員	通報順位	氏名	続柄	住所	電話番号					
	1									
	2									
	3									
申請理由										
機種	固定電話型機器 / 携帯電話型機器			申請 代行者	氏名 (続柄:) 電話番号					

市記入欄	<input type="checkbox"/> 第1圏域 <input type="checkbox"/> 第2圏域 <input type="checkbox"/> 第3圏域	民生委員 (地区)
	該当理由 (1) <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ (2) <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ (3) <input type="checkbox"/> その他	

(裏面)

利用者宅案内図			
利用者	住所		
	氏名		電話